

Inégalité de longueur des membres inférieurs

Alain FAUGOUIN

Congrès FNP 2003

ILMI ou ANISOMELIE

- Anatomique
- Fonctionnelle géométrique :
 - inégalité par asymétrie géométrique des membres inférieurs
- Fonctionnelle tonique :
 - inégalité par asymétrie tonique posturale

ILMI Anatomique

- 5 à 8 % de la population

FRIBERG – GILES - BENGERT – STRECK

Critères radiologiques

Mesure de l'ILMI

■ Radiologie :

- Cliché debout
- téléradiographie
- Irm

Marge d'erreur 2 mm

■ Clinique :

- Technique par cales
- Mensuration

Marge d'erreur 8 à 10 mm

Bibliographie

Retentissement clinique de l'ILMI

- Lombalgie contreversé
- Arthrose de hanche
- Gonarthrose
- Bursite du grand trochanter : coté long
- Marche : si + de 20mm différence
- fracture de fatigue
- Muscle : membre inférieur et muscles lombaires

Bibliographie

Retentissement sur le carrefour lombo-pelvien

- Appui sur le membre le plus long 80%
- Scoliose convexe coté court
- Rotation antérieure de l'iliaque coté court.

Bibliographie

Le retentissement clinique de l'ILMI concerne surtout le quadrilatère pelvi-pédiéux.

- L4 et L5 sont solidaires de la ceinture pelvienne
- muscles stabilisateurs de la colonne lombaire lui sont solidaires

Une ILMI $> 20\text{mm}$, la part
d'inégalité anatomique est
prépondérante

20 mm capacité d'adaptation
de la ceinture pelvienne

Tableau radiologique de l'ILMI >20mm

■ Radio :

Inclinaison du côté court :

- du plateau sacré
- de la ligne bi-fémorale
- de la ligne bi-crête iliaque

Scoliose convexe côté court

Examen clinique de L'ILMI

- Retentissement global sur la posture :
 - Situation patient debout
- Retentissement lombo-pelvien :
 - Situation patient debout
 - Situation patient assis
 - situation patient decubitus - procubitus

ILMI < OU > à 20mm

- , l'examen clinique de la ceinture lombo-pelvienne en décubitus et procubitus est un temps indispensable:
- Comparer le schéma morpho-statique de la ceinture pelvienne en situation debout
- Evaluer l'adaptation et la mobilité du carrefour lombo-pelvien

Tableau clinique de la ceinture pelvienne d'ILMI >20 mm

- EIAS et EIPS plus hautes ipsilatérales

En situation patient debout

Tableau radiologique de l'ILMI < 20mm

■ Radiologique :

- inclinaison du plateau sacré
- inclinaison ligne bi-fémorale ipsilatérale
- scoliose lombaire convexe du côté court

Tableau clinique de la ceinture pelvienne de l'ILMI < 20mm

■ En situation debout

- EIAS plus haute d'un côté : Rotation postérieure de l'iliaque
- EIPS plus haute côté opposé : Rotation antérieure de l'iliaque

L'examen clinique en décubitus et procubitus confirmera le côté long

Tableau clinique de la ceinture pelvienne de l'ILMI < 20 mm en Decubitus et Procubitus

- Rotation postérieure de l'iliaque coté du membre inférieur long
- Rotation antérieure de l'iliaque coté du membre inférieur court

Schéma de Torsion pelvienne adaptative de L'ILMI anatomique

Commentaire sur le tableau L'ILMI < 20MM

Le tableau radiologique et clinique est
fonction de la Valeur de l'inégalité

Plus l'inégalité diminue, plus les signes
sont difficiles à différencier

Commentaires

Scoliose :

- parfois convexe coté long :
Mauvaise adaptation d'une colonne lombaire
= souffrance

Inégalité > 20mm:

- flexion de genou coté long avec appui préférentiel coté court : adulte
- flexion plantaire coté court avec appui préférentiel coté long : enfant

Tableau clinique de la ceinture pelvienne d' ILMI fonctionnelle tonique : debout et dd-pro

- Rotation antérieure de l'iliaque coté du membre inférieur long
- Rotation postérieure de l'iliaque coté court

La longueur des membres ne peut se quantifier qu'en position de décubitus et procubitus

Différence entre ILMI anatomique et fonctionnelle

- ILMI anatomique ne change pas
- ILMI fonctionnelle change

Signes de la nociception de L'ILMI

- Déséquilibre morphostatique dans les trois plans de l'espace
- Scoliose plus importante en position debout qu'en position assise
- Examen clinique postural évoquant une entrée nociceptive du membre inférieur
- Contrôle stabilométrique

Le traitement de l'ILMI s'impose s'il y a nociception

■ Critères :

- activité debout
- Sportif
- Ancienneté de l'ILMI

Traitement de l'ILMI

- Avant le traitement podologique :
 - La mobilité lombaire : contractures – Dysfonction vertébrale
 - La mobilité pelvienne : blocage sacro-iliaque
 - La mobilité des articulations : hanches et genoux
 - Traiter Les capteurs Dysfonctionnels du Système postural

Traitement podal

- Traitement du pied
 - Blocages articulaires
 - Hypertonie et/ou hypotonie musculaire
- Traitement podologique
 - Dystatisme podal
 - Éléments orthétiques visant à normaliser l'asymétrie tonique posturale

Objectif du traitement

- Modifier le déséquilibre constaté lors de l'examen morpho-statique dans les trois plans de l'espace
- Harmoniser et normaliser les différents tests de l'examen clinique du système postural
- Normaliser les paramètres stabilométriques

Traitement

- Contrôler que l'on n'aggrave pas une situation antérieure stable
- Contrôler le traitement à court et moyen terme

Conclusion et Résumé

- Inégalité fonctionnelle tonique
 - Schéma pelvien différencie l'anatomique du fonctionnelle
 - Temps clinique en DD et Procubitus
 - Examen clinique postural :
diagnostiquer la nociception de l'ILMI
- Le traitement doit harmoniser l'asymétrie posturale